

Anette Brennemann ja Essi Kultalahti

Perioperatiivisten sairaanhoitajien keräämät esitiedot potilaan hoitotyön suunnittelun perus- tana

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyö

Opinnäytetyö

11.3.2016

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Anette Brennemann ja Essi Kultalahti Perioperatiivisten sairaanhoitajien keräämät esitiedot potilaan hoitotyön suunnittelun perustana 26 sivua + 4 liitettä 11.3.2016
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyö
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitotyö
Ohjaaja(t)	Lehtori Eila-Sisko Korhonen Lehtori Liisa Montin
<p>Kirurgia ja perioperatiivinen hoitotyö ovat iso osa terveydenhuoltoa. Onnistuneen ja yksilöllisesti toteutetun leikkaushoidon takaamiseksi potilaasta tarvitaan esitietoja hoidon suunnittelua varten.</p> <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata, mitä tietoja perioperatiiviset sairaanhoitajat tarvitsevat ja keräävät potilaista, sekä miten näitä tietoja hyödynnetään leikkauksen aikaisen laadukkaan ja potilasturvallisen hoidon toteuttamisen suunnittelua varten. Työmme tavoitteena on tuottaa tietoa perioperatiivisen hoitotyön suunnittelun kehittämiseksi sairaanhoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyömme toteutettiin yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) kanssa.</p> <p>Opinnäytetyömme toteutettiin laadullisin tutkimusmenetelmin ja aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Haastattelimme yhteensä kahdeksaa perioperatiivista sairaanhoitajaa ja toteutimme haastattelut yksilöhaastatteluina. Haastattelut nauhoitettiin, litteroitiin ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalysilla.</p> <p>Tulosten mukaan perioperatiiviset sairaanhoitajat tarvitsevat ja keräävät esitietoja potilaan terveydentilasta ja suunnitellusta toimenpiteestä perioperatiivista hoitotyötä varten. Potilaasta on tärkeää tietää ikä, pituus, paino, vitaalielintoiminnot, allergiat, perussairaudet, lääkitys, aiemmat toimenpiteet ja kehon vierasesineet. Oleellista on myös saada tieto suunnitellusta toimenpiteestä, tarvittavista välineistä ja leikkausasennosta. Tulosten mukaan osaston nopean työtahti ja suullisten raporttien niukkuus vaikeuttavat potilaan taustojen selvittämistä. Haastateltavien kokemusten mukaan toimenpiteilmoitukset ovat usein puutteellisia, jolloin heidän on soitettava kirurgille saadakseen tarvittavat tiedot.</p> <p>Opinnäytetyömme tutkimuksen ja tulosten perusteella ehdotamme, että leikkaus- ja anestesiaosastoilla kiinnitetään tulevaisuudessa enemmän huomiota toimenpiteilmoituksen täyttämiseen. Ehdotamme myös kiinnittämään huomiota raportointiin potilasturvallisuutta edistävänä tekijänä. Jatkotutkimusehdotuksemme on leikkaus- ja anestesiahoitajien näkemysten vertailu esitietojen keräämisestä perioperatiivisen hoitotyön suunnittelua varten. Olisi mielenkiintoista myös vertailla elektiivisen ja päivystyspotilaan perioperatiivisen hoidon suunnittelua ja toteutusta.</p>	
Avainsanat	esitiedot, perioperatiivinen sairaanhoitaja, perioperatiivinen hoitotyö, teemahaastattelu

Author(s) Title Number of Pages Date	Anette Brennemann ja Essi Kultalahti Perioperatiivisten sairaanhoitajien keräämät esitiedot potilaan hoitotyön suunnittelun perustana 26 pages + 4 appendices 11 March 2016
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Eila-Sisko Korhonen, Lecturer Liisa Montin, Lecturer
<p>Surgery and perioperative nursing care is a major part of health care. Ensuring tailored and succeeded surgery outcome the patient's health status and medical history is needed.</p> <p>The purpose of the final project was to describe what information the perioperative nurses collect and require when planning nursing care and for providing quality care and patient safety during the procedure. Also, we described how the nurses utilize the information in intraoperative nursing care. The aim of the final project was to bring new information about perioperative nursing care planning from nurses' point of view. The final project was carried out in co-operation with The Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS).</p> <p>As for methods, we used qualitative research and unstructured interview as a data collection method. We interviewed individually eight perioperative nurses. The interviews were tape-recorded and transcribed. We analyzed the collected data using inductive content analysis.</p> <p>According to the results the perioperative nurses collect and requires information about the patient's health status and the prospective operation when planning the nursing care. It's essential to know the patient's age, height, weight, vital signs, allergies, medication, medical history and presence of a foreign body. It's also important to get the information about the operation plan, instruments needed and the surgical position. According to the results the rapid working speed and insufficient reports complicate the nursing care planning. Also, according to the nurses' experiences they are usually not able to prepare the operating room nor the patient before consulting the surgeon for the information required.</p> <p>Based on the results of our final project, we propose the Operating and Anesthesia Units to pay attention on operative notes and documentation. We also propose to pay attention to the reporting for promoting the patient safety.</p> <p>As further research we suggest studies comparing the experiences of the perioperative nurses working in different roles, such as circulating nurse, instrumental nurse and anesthesia nurse. Also, we suggest studies comparing patient's nursing care planning of elective surgery to emergency surgery.</p>	
Keywords	perioperative nurse, perioperative nursing, unstructured interview

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön käsitteiden määrittely	2
2.1	Perioperatiivinen hoitotyö	2
2.1.1	Perioperatiivinen sairaanhoitaja	2
2.1.2	Perioperatiivisen sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys	3
2.2	Hoidon suunnittelu	3
2.2.1	Potilasturvallisuus	4
2.2.2	Tiimityöskentely ja kommunikointi	4
2.2.3	Dokumentointi	5
2.3	Esitiedot	6
3	Aikaisempaa tutkimustietoa	8
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	10
5	Opinnäytetyön tutkimusmenetelmät	11
5.1	Teemahaastattelu	11
5.2	Aineiston keruu	12
5.3	Aineiston analyysi	13
6	Tulokset	14
6.1	Esitietojen kerääminen	14
6.2	Esitietojen hyödyntäminen	16
6.3	Sairaanhoitajien kokemuksia	18
7	Luotettavuus	19
7.1	Opinnäytetyön luotettavuus	19
7.2	Opinnäytetyön eettiset kysymykset	20
8	Pohdinta	22
	Lähteet	24
	Liitteet	
	Liite 1. Teemahaastattelurunko	
	Liite 2. Tiedote	
	Liite 3. Taulukko	
	Liite 4. Suostumus opinnäytetyöhön	

1 Johdanto

Vuonna 2013 Suomessa oli lähes 367 000 kirurgista hoitojaksoa. Koko maassa kaikkien erikoisalojen hoitojaksoja oli lähes 942 000. (THL 2013.) Kirurgisia hoitojaksoja oli yli kolmannes kaikista hoitojaksoista. Kirurgia ja perioperatiivinen hoitotyö on siis iso osa suomalaista terveydenhoitoa. Pelkästään Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä, joka on suurin sairaanhoitopiiri Suomessa, tehtiin leikkauksia yhteensä lähes 87 000 (HUS 2013).

Perioperatiivista hoitotyötä kehitetään koko ajan. Leikkausmenetelmät kehittyvät ja leikkauksiin valmistautuminen sekä leikkauksesta toipuminen nopeutuvat. Onnistuneen ja yksilöllisen leikkaushoidon takaamiseksi on tärkeää selvittää potilaasta edeltävästi erilaisia tietoja. Näiden tietojen avulla voidaan suunnitella leikkauksolosuhteet potilaan yksilölliset tarpeet huomioon ottaen, sekä auttaa potilasta toipumaan mahdollisimman hyvin. Sairaanhoitajan rooli preoperatiivisessa hoitotyössä on tunnistaa potilaan yksilölliset tarpeet, varmistaa asianmukainen potilasohjaus ja valmistella leikkaussali. (JBI 2013: 1 – 2).

Potilaiden siirto yksiköstä toiseen, leikkausten peruuntumiset sekä kotiuttamisen jälkeiset päivystyskäyntien määrät ovat operatiivisten yksiköiden laadun mittareita. Yksi keino laadun parantamiseksi on preoperatiivisten arviointien hyödyntäminen. Preoperatiivisen arvioinnin tehtävänä on auttaa vähentämään turhia leikkausten peruuntumisia arvioimalla potilaan fyysistä ja psyykkistä tilaa, sekä arvioida onko potilas leikkauksuntoinen. (Pritchard 2012: 51.) Arviointi pitää sisällään potilaan kokonaistilan kartoittamisen ja siihen kuuluu tärkeänä osana erilaisten riskitekijöiden, kuten esimerkiksi uniapnean, sydän- ja verisuonisairauksien, hengitystiesairauksien ja ylipainon tunnistaminen. Leikkaukseen soveltuvuuden selvittämiseksi on kartoitettava myös potilaan allergiat, yliherkkyydet, päihteiden käyttö, lääkitys ja terveyshistoria. (Allison – George 2014: 364 – 374.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata, mitä tietoja perioperatiiviset sairaanhoitajat tarvitsevat ja keräävät potilaista, sekä miten näitä tietoja hyödynnetään leikkauksen aikaisen laadukkaan ja potilasturvallisen hoidon toteuttamisen suunnittelua varten. Työmme tavoitteena on tuottaa tietoa perioperatiivisen hoitotyön suunnittelun kehittä-

miseksi sairaanhoitajien näkökulmasta. Työ toteutetaan yhteistyössä HUS:n sairaalan anestesia- ja leikkausosaston kanssa.

2 Opinnäytetyön käsitteiden määrittely

2.1 Perioperatiivinen hoitotyö

Perioperatiiviseen hoitotyöhön sisältyy kolme vaihetta: preoperatiivinen eli leikkausta edeltävä vaihe, intraoperatiivinen eli leikkausvaihe, sekä postoperatiivinen vaihe eli leikkauksen jälkeinen vaihe. Preoperatiivinen vaihe alkaa siitä, kun leikkauspäätös on tehty, ja päättyy potilaan siirtyessä leikkaussalihenkilökunnan vastuulle. Preoperatiiviseen vaiheeseen kuuluu tarvittavien tutkimusten teko, esitietojen kerääminen potilaasta, potilasohjaus sekä leikkausvalmistelujen teko. Intraoperatiivinen vaihe alkaa, kun potilas siirtyy leikkausosastolle, ja päättyy siihen, kun potilas siirtyy valvontayksikköön. Intraoperatiivisessa vaiheessa suoritetaan leikkaustoimenpide. Potilaan siirryttyä valvontayksikköön, vuodeosastolle tai teho-osastolle seuraa postoperatiivinen vaihe, jossa seurataan potilaan tilaa ja tarkkaillaan hänen toipumistaan leikkaustoimenpiteestä. Postoperatiivinen vaihe päättyy, kun potilas ei enää tarvitse tehtyyn toimenpiteeseen liittyvää hoitoa. (Lukkari – Kinnunen – Korte 2013: 20 – 22.)

2.1.1 Perioperatiivinen sairaanhoitaja

Leikkausyksiköissä työskenteleviä sairaanhoitajia kutsutaan anestesiahoitajiksi ja leikkaushoitajiksi. Leikkaushoitaja voi työskennellä joko instrumentoivana hoitajana tai valvovana hoitajana. Anestesiahoitaja työskentelee anestesia lääkäriä työparina ja leikkaushoitajat yhteistyössä kirurgin kanssa. Perioperatiiviset sairaanhoitajat työskentelevät intraoperatiivisessa yksikössä potilaan leikkauksen aikaisen hoitotyön asiantuntijoina. (Tengvall 2010: 10.)

Leikkauksen ja anestesiahoitajan tehtäväkuvaan kuuluu itsenäinen toiminta potilasta hoitaessa, ja lääketieteellisen hoidon toteuttaminen lääkärin määräysten mukaan. Potilaan yksilöllisen ja turvallisen hoidon takaaminen vaativat leikkauksen ja anestesiahoitajilta monipuolista ja vaativaa osaamista useilta eri osa-alueilta. Anestesiahoitaja työskentelee anestesiologin kanssa vastaten potilaan anestesian valmisteluista, valvonnasta ja

hoidosta. Leikkaushoitajat työskentelevät valvovan hoitajan tai instrumenttihoitajan roolissa yhteistyössä kirurgin kanssa. Tehtävä riippuu tehtävästä toimenpiteestä, erikoisalasta, sekä hoitajan kokemuksesta ja ammattitaidosta. Valvovan hoitajan työnkuvaan kuuluu potilasturvallisuuden takaaminen, toiminnan koordinointi ja leikkaustiimin avustaminen. Instrumentoivan hoitajan vastuulle kuuluu instrumentaatio, assistenttina toimiminen, aseptiikka ja steriilistä työskentelystä huolehtiminen. (Tengvall 2010: 9 – 15.)

2.1.2 Perioperatiivisen sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys

Perioperatiivisen sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys koostuu kyvyistä, taidoista ja asenteesta, joita vaaditaan laadukkaaseen työskentelyyn. Ammatillinen pätevyys koostuu tiedollisesta asiantuntijuudesta ja inhimillisistä tekijöistä. Tiedollinen asiantuntijuus tarkoittaa hoitotyön suositusten ja linjausten tuntemista, sekä käytännöllisten taitojen osaamista. Inhimilliseen asiantuntijuuteen kuuluvat tiiminsisäiset sosiaaliset taidot, kuten hyvät kommunikaatio- ja yhteistyötaidot, sekä johtajuus. (Gillespie – Hamlin 2009: 245 – 246). Tengvallin (2010: 13) mukaan onnistunut kommunikaatio, hyvät tiimityötaidot, sekä tilanteen mukaan toimiminen ovat perioperatiivisten sairaanhoitajien tärkeitä ammatillisen pätevyyden osa-alueita.

2.2 Hoidon suunnittelu

Potilaan perioperatiivista hoitoa suunnittelevat kaikki sairaanhoitajat, jotka hoitavat potilasta. Hoidon suunnittelu perustuu potilaasta saatuihin tietoihin, joiden avulla huomioidaan potilaan yksilölliset ominaisuudet ja tarpeet. Perioperatiiviset sairaanhoitajat tarvitsevat tietoa potilaasta suunnitellessaan anestesia- ja leikkausvalmisteluja. He saavat tietoa potilaista konsultoimalla muita potilaan hoitoon osallistuvia, sähköisistä potilastietojärjestelmistä, toimenpideilmoituksesta, sairaanhoitajien välisestä raportoinnista, potilasasiakirjoista, sekä potilaan itsensä kertomista asioista. (Lukkari ym. 2013: 137.)

Osa potilaista käy leikkausta edeltävässä arvioinnissa, niin kutsutulla preoperatiivisella poliklinikalla. Leikkausta edeltävän arvioinnin tavoitteena on tunnistaa leikkauskelpoisuutta heikentävät riskit, jolloin potilasta voidaan ohjata ajoissa esimerkiksi päihteistä vieroittumiseen ja harrastamaan kuntoa kohottavaa liikuntaa. (Käypä hoito 2014.) Preoperatiivisessa arvioinnissa käydään läpi potilaan tietoja, joilla on merkitystä leik-

kauksen suunnittelussa. On esimerkiksi tärkeää tietää, onko potilaalla joitain aikaisempia sairauksia ja mikä niiden vaikutus on hänen senhetkiseen terveydentilaansa. (Beck 2007: 35.)

2.2.1 Potilasturvallisuus

Terveyden- ja sairaanhoito on vaativaa, joten vaaratapahtumat ovat mahdollisia, vaikka henkilökunta on ammattitaitoista ja työhönsä sitoutunutta, sekä toiminta tarkoin säädeltyä. (STM 2009: 11.) Vuonna 2011 voimaantulleessa terveydenhuoltolaissa säädetään, että terveydenhuollon palvelujen pitää olla laadukasta ja turvallista, sekä asianmukaisesti toteutettua (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 8). On tärkeää huomioida potilasturvallisuuden eteen tehdyt asiat ja keskustella niistä. Se auttaa kehittämään potilasturvallisuutta jatkossakin. Perioperatiiviset sairaanhoitajat ovat sitoutuneita jatkuvaan potilasturvallisuuskulttuurin kehittämiseen. (Howell 2015: 199.)

Nasreenin (2013: 1) perioperatiivisille sairaanhoitajille tekemässä tutkimuksessa hoitajat nostivat esille kolme tärkeää tekijää, ennaltaehkäisy, tietotaso ja luottamus, jotka vaikuttavat potilasturvallisuuteen leikkauksen aikana. Ennaltaehkäisyllä tarkoitettiin tilanteiden ennakoimista, tarkistuslistojen käyttöä ja potilaan sairashistorian tuntemista. Tietotasolla tarkoitettiin paitsi tietoa, niin myös kokeneiden hoitajien läsnäoloa tiimissä, ja luottamuksella tarkoitettiin tiimin keskinäistä luottamusta ja yhteistyötä.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö on laatinut potilasturvallisuusstrategian, jonka tarkoituksena on parantaa ja kehittää potilasturvallisuutta. Strategian tavoitteina on potilasturvallisuuden kehittäminen suunnitelmallisesti ja toimiminen ennakoivasti, sekä vaaratapahtumista ilmoittaminen ja niistä oppiminen. (STM 2009: 3.) THL ja Valvira suosittelevat tarkastuslistan käyttöä. (Valvira 2011.) Tarkastuslista parantaa selkeästi potilasturvallisuutta ja sen avulla voidaan ehkäistä leikkauksen aikana sattuvia vaaratapahtumia. Tarkastuslistan avulla lisätään leikkaustiimin kommunikaatiota ja tiimityötä. (THL 2015.)

2.2.2 Tiimityöskentely ja kommunikointi

Mauléonin ja Ekmanin (2012: 336) tutkimuksen mukaan intraoperatiivisen hoidon ongelmat aiheutuvat usein henkilöstön välisestä kommunikoinnista. Hoitajien ja lääkäreiden väliset ongelmatilanteet liittyvät usein hoitotieteen ja lääketieteen eroavaisuuksiin, sillä hoitajat tyypillisesti pohjaavat arvonsa potilaslähtöisemmin kuin lääkärit. Hoitohenkilö-

kunnan ja lääkäreiden välillä oleva hierarkia voi aiheuttaa ongelmia tiedonkulkuun, jos kollegalle ei uskalleta tarvittaessa esittää tarkentavia kysymyksiä. (Robins – Dai 2015: 265.)

Robinsin ja Dain (2015: 264) mukaan Joint Commission on arvioinut, että noin 80 % hoitoon liittyvistä virheistä aiheutuu kommunikaation epäonnistumisesta raportointitilanteissa. Raportoinnin onnistumiseen vaikuttaa sekä raportin antajan että vastaanottajan kommunikointi- ja kuuntelutaidot, äänensävy ja äänen voimakkuus, sekä puhenopeus. Raportin antaja ei välttämättä kerro kaikkia tarvittavia asioita tai raportin vastaanottaja ymmärtää jonkun asian väärin. Yhteisten raportointikäytäntöjen puute yhdistettynä erilaisiin raportointityyleihin edesauttaa tiedonvälityksestä aiheutuvia vaaratapahtumia. (Robins – Dai 2015: 264.)

SBAR-raportointityökalu on kehitetty 1990-luvulla USA:n merivoimissa, mistä se levisi nopeasti terveydenhuoltoon. ISBAR-menetelmä on sovellettu suomalaiseen terveydenhuoltoon. Menetelmän avulla raportoitaessa on mahdollista järjestellä tarvittava ja asianmukainen tieto tiiviiseen muotoon. ISBAR:in avulla voidaan saavuttaa johdonmukainen ja yhtenäinen kommunikaatiotyyli raportoitaessa potilaasta erilaisissa tilanteissa. (Sairaanhoitajaliitto 2014.) ISBAR on tarkastuslistamainen työkalu, jonka avulla varmistetaan potilasturvallisuutta, selkiytetään tiedon antajan ja vastaanottajan rooleja raportointitilanteissa ja varmistetaan, että raportoidessa tullaan antaneeksi kaikki tarvittava tieto. (Ervast 2013.)

2.2.3 Dokumentointi

Hoitotyöhön kuuluu olennaisena osana kirjaaminen. Kirjaaminen, eli tehdyn työn dokumentointi, on osa potilaskertomusta ja juridinen todiste tehdystä työstä. Dokumentoinnin eli kirjaamisen tavoitteena on hoidon jatkuvuuden turvaaminen. Kirjaamisen tulee olla ajantasaista, virheetöntä ja selkeää, jotta sen avulla voidaan varmistaa potilaan hoidon toteutuminen turvallisesti ja laadukkaasti. Potilaasta dokumentoidaan hoidon kannalta välttämättömät ja oleelliset asiat, jotta voidaan hoitaa potilasta yksilöllisesti, turvallisesti ja ajantasaisesti. (Rantalainen 2009.)

Hoitotyön, anestesiologian ja kirurgian tieteenaloilta on runsaasti tutkimuksia, joissa on selvitetty perioperatiivisen dokumentoinnin laatua. Tutkimukset koskevat ensisijaisesti toimenpideilmoituksia, anestesialomakkeita, lääkelistoja, perioperatiivisten sairaanhoidon

tajien kirjauksia ja tarkistuslistojen dokumentointia. Tutkimusten teettäminen rajatuilla alueilla sirpaloittaa perioperatiivisen hoitopolun ja voi näin ollen jättää osoittamatta, kuinka dokumentin tai dokumentoinnin virhe yhdellä alueella voi aiheuttaa virheitä toisilla alueilla. Tämän vuoksi dokumenttien on oltava ajankohtaisia ja henkilökunnan luettavissa. Erityisesti kirurgisten potilaiden ripeätahtinen eteneminen hoitopolulla edellyttää hyvää tiedonkulkua potilaan mukana. Kattavinkin dokumentti on merkityksetön, jos se ei ole saatavilla. Silloin tiedonkulkua ei tapahdu ja potilasturvallinen ja laadukas hoito on vaarantunut. (Braaf – Manias – Riley 2011: 1024 – 1038.)

Leikkaus- ja anestesiahoitajat käyttävät työssään paljon sähköisiä potilastietojärjestelmiä. Leikkausyksiköissä käytetään Opera-järjestelmää, johon kirjataan muun muassa potilaan toimenpideilmoitukset ja leikkauksenaikaiset tapahtumat. Sähköinen ja lomakkeille tapahtuva kirjaaminen vaativat perioperatiivisilta sairaanhoitajilta hyviä viestintätaitoja, jotka ovat yksi ammatillisen pätevyyden osa-alue. (Tengvall 2010: 14 – 15.)

2.3 Esitiedot

Ennen leikkausta selvitetään, mikäli mahdollista, potilaan nimi, ikä, osoite ja muut henkilötiedot. Näiden avulla varmistetaan, että kyseessä on oikea potilas. (Pritchard 2012: 52.) Leikkausta edeltävässä arvioinnissa kerätään erilaisia tietoja, jotka voivat vaikuttaa suunniteltuun leikkaukseen. Näitä esitietoja ovat vitaalielintoimintojen, kuten lämmön, pulssin, hengitystaajuuden, verenpaineen ja happisaturaation mittaukset, sekä laboratoriotulosten ja radiologisten löydösten tulkinnot. Potilaan terveydentila ja sairaudet, kuten diabetes, epilepsia, sydänsairaudet, liikerajoitukset ja ihon huonokuntoisuus vaikuttavat myös intraoperatiivisen hoitotyön suunnitteluun. Leikkausosaston henkilökunnan on saatava tieto myös potilaan proteeseista, tekonivelistä ja tahdistimista, sillä ne saattavat vaikuttaa elektronisten instrumenttien käyttöön. (Gaikwad 2013: 1 – 2.) Potilaan sydän- ja verenkiertoelimistön toiminnasta on tärkeää kysyä, koska tietyiltä potilailta on otettava EKG-rekisteröinti ennen leikkausta. Lisäksi potilasta tarkkaillaan uusien oireiden, kuten sydämen rytmihäiriöiden ja sivuäänien, sekä verenkiertohäiriöiden havaitsemiseksi. Potilaan mahdolliset infektiot, kuten hengitystieinfektio, virtsatieinfektio tai ihon infektiot selvitetään, koska ne voivat vaikuttaa potilaan postoperatiiviseen toipumiseen. (Pritchard 2012: 52.)

Kirurgisen potilaan esitiedoista tulee löytyä yleisen terveydentilan lisäksi tiedot potilaan käyttämistä resepti- ja käsikauppalääkkeistä. Verenpaine-, sydän- ja rytmihäiriölääk-

keet, verenohennuslääkkeet, epilepsia- ja diabeteslääkitys huomioidaan, sillä ne saattavat muuttaa anestesia-aineiden vastetta tai vaikuttaa verenkiertoon leikkauksen aikana. Huumausaineiden, tupakoinnin ja alkoholin käytön tunnistaminen on tärkeää, koska ne vaikuttavat potilaan anestesia-aineiden toleranssiin ja näin ollen on käytettävä normaalia suurempia annoksia. Ne myös lisäävät pahoinvointia ja oksennusalttiutta. (Bray 2006: 143.)

Ylipainoisen potilaan kohdalla tulee ottaa huomioon, että selällään makuu leikkauspöydällä voi aiheuttaa erilaisia ongelmia hengitykseen ja jopa sydämen tilaan. Ylipainoisella potilaalla on myös riski saada helpommin infektioita ja painehaavoja toipumisaikana. Hengitystiesairaudet, kuten keuhkohtaumatauti ja astma kysytään ja potilaan tupakointihistoria selvitetään, sillä ne voivat vaikuttaa leikkausjärjestelyihin. Potilas ei välttämättä kestä leikkausta yleisanestesiassa, mutta leikkaus voidaan mahdollisesti tehdä käyttämällä muita menetelmiä, kuten epiduraalipuudutusta tai spinaalipuudutusta. Potilaan esitiedoista selvitetään sairastaako potilas diabetesta ja minkä tyypin diabetesta hän sairastaa. Diabetespotilailta tarkistetaan veren glukoositasot, jotta tiedetään kuinka hyvin diabetes on hoitotasapainossa. Jos potilas on menossa isoon leikkaukseen, kuten tekonivelen asentamiseen tai sydänleikkaukseen, potilaalta otetaan laajat verikokeet. Potilaan veriryhmä selvitetään ja tilataan valmiiksi verituotteet tarpeen mukaan. (Pritchard 2012: 52 – 56.)

Allergioita kysyttäessä on oltava erityisen huolellinen. Kaikki allergiat varmistetaan potilaalta ja dokumentoidaan huolellisesti. (Bray 2006: 144.) Lääkeaineallergioiden lisäksi potilaalta kysytään myös ruoka-aineallergiat. Joissakin suonensisäisissä anesteeteissa on komponentteja elintarvikkeista, esimerkiksi maidosta, soijasta, kananmunasta, jotka voivat altistaa anafylaktiselle reaktiolle. Potilaan lateksiallergiasta ilmoitetaan ajoissa leikkaussaliin. Leikkaussalihakunkunta voi näin järjestää leikkaustoimenpiteen ja ympäristön, missä ei käytetä lateksia. (Pritchard 2012: 52.)

Asentoon liittyvien tekijöiden ja ihon kunnon huomiointi on osa perioperatiivista hoidon suunnittelua, eikä sitä saa jättää huomiotta. Jokainen potentiaalinen ihorikon riskialue huomioidaan, sillä ne vaikuttavat potilaan asetteluun ja epämukavuuksien ehkäisyyn. Iho on ensimmäinen suoja vierasesineitä vastaan, joten ihorikot voivat aiheuttaa infektion. Iäkkäiden iho on yleensä heikko ja hauras, mikä lisää painehaavojen riskiä leikkauksen aikana. Nivelreumaa sairastavilla tai kehon fyysisistä häiriöistä kärsivillä potilailla on luonnostaan kohonnut riski painehaavoille. Lisäpehmusteet ja vaihtoehtoi-

set asennot saattavat olla tarpeen, jotta vältetään komplikaatioita. (Bray 2006: 143 – 144.)

3 Aikaisempaa tutkimustietoa

Täysin vastaavia aikaisempia tutkimuksia ei löytynyt, mutta samasta aihealueesta löytyi paljon tutkimustietoa. Potilasturvallista ja laadukasta intraoperatiivista hoitotyötä on tutkittu eri näkökulmista ja Metropolia Ammattikorkeakoulun kaksi opiskelijaa ovat toteuttaneet opinnäytetyönsä yhteistyössä HUS:n leikkaus- ja anestesiaosaston kanssa tutkien Opera- järjestelmään kirjattuja toimenpideilmoituksia.

Larsson Mauléonin ja Ekmanin (2012: 334 – 335) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvaila, minkälaisia ongelmia sairaanhoitajat kokivat intraoperatiivisessa hoitotyössä. Tutkimuksen mukaan yhteinen tekijä ongelmallisissa tilanteissa oli ennakoimattomat tapahtumat. Ne loivat sairaanhoitajiin kohdistuvaa painetta, sekä vaikeuttivat suunnitelmallista työskentelyä ja toimimista. Erityisesti potilaan terveydentilaan, sekä leikkauksen ja anestesian hallintaan liittyvät ongelmatilanteet koettiin uhkaaviksi. Tutkimuksen mukaan ennakoimattomat olosuhteet vaikeuttivat potilaan tarpeiden huomioimista. Esi-merkkinä kuvailtiin tilannetta, jossa suunniteltu leikkausasento aiheutti potilaalle selkäkipua. Tulosten mukaan sairaanhoitajat kokivat ristiriitaisia tunteita eri velvollisuuksien täyttämisenä. He näkivät velvollisuudekseen hoitaa potilasta niin huolellisesti kuin mahdollista, mutta samalla kokivat velvollisuudekseen osastoa kohtaan työskennellä nopeasti ja tehokkaasti.

Kelveredin, Öhlénin ja Åkesdotter Gustafssonin (2012) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla leikkaussalissa työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia potilaslähtöisestä intraoperatiivisesta hoitotyöstä. Haastattelussa sairaanhoitajia pyydettiin kuvailemaan intraoperatiivista tilannetta, jossa he kokivat toimivansa potilaan etua ajatellen.

Tutkimuksessa löydettiin erilaisia toimintatapoja, jotka jaettiin kolmeen eri luokkaan motiivin perusteella. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat pyrkivät erilaisin keinoin luomaan luottamuksellisen ilmapiirin ja olemaan potilaalle läsnä. Tässä motiiviksi katsottiin katkeamattoman ja luottamuksellisen suhteen luominen ja potilaan hyvinvointi. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat käyttivät erilaisia hoitotyön menetelmiä potilasturvallisuuden takaamiseksi ja tarkkailivat potilaan vointia jatkuvasti. Hoitotyön menetel-

miä olivat muun muassa valmistautuminen työskentelyyn kirurgin kanssa ja potilasturvallisen hoitotyön toteuttaminen. Osallistujat kuvasivat huolellisen ja yksityiskohtaisen suunnittelun olevan osa jokaisen potilaan leikkausvalmisteluja. Hyvän yhteistyösuhteen luominen kirurgin kanssa ja toimenpiteeseen tutustuminen mainittiin edistäviksi tekijöiksi. Toimenpiteeseen tutustuttiin lukemalla, keskustelemalla kollegoiden kanssa ja konsultoimalla kirurgia. (Kolvered ym. 2012: 450 – 454.)

Osallistujat korostivat potilaan taustatietojen ja terveydentilan tuntemisen merkitystä. Heidän mukaansa sairaanhoitajalla on suuri vastuu asetella potilas parhaaseen mahdolliseen asentoon operaation ajaksi niin, ettei painehaavoja tai hermovauriota pääse syntymään. Tämän lisäksi asennon pitää olla potilaan terveydentilan kannalta sopiva, sekä mahdollistaa leikkaussalihenkilökunnan liikkuminen potilaan ympärillä parhaan mahdollisen leikkaustuloksen saavuttamiseksi. (Kolvered ym. 2012: 450 – 454.)

Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien tavoitteena on luoda turvallinen hoitoympäristö, joka edesauttaa potilaan toipumisessa ja leikkaushaavan parantumisessa. Tutkimukseen osallistujien toimintatapoihin kuului ihon kunnon tarkastus ja leikkausalueen desinfiointi, puhtaiden kudosten suojaaminen liinoilla ja epäpuhtauksien pääsyn estäminen työskentelyalueelle. Tutkimuksen mukaan perioperatiivisen sairaanhoitajan työnkuvan keskeisiä tehtäviä on hygieenisen ja aseptisen ympäristön takaamisen. Tutkimukseen osallistuvat sairaanhoitajat kuvasivat tarkkailevansa jatkuvasti, ettei leikkaussalin henkilökunta kontaminoi steriiliä aluetta vahingossa. (Kolvered ym. 2012: 454.)

Alfredsdottirin ja Bjorndottirin (2008) tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, mitkä olivat leikkaussalissa työskentelevien sairaanhoitajien mielestä potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä ja kuinka he näkivät roolinsa asiassa. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat olivat yksimielisiä siitä, että heidän työnsä keskeinen tehtävä on potilasturvallisuuden varmistaminen leikkauksen aikana. Tutkimuksen mukaan ennaltaehkäisy ja suojauminen olivat merkittäviä tekijöitä turvallisuuden takaamisessa. Suurimmiksi uhkakuviksi turvallisuudelle koettiin työtahdin nopeutuminen tehokkuuden lisäämiseksi ja epätasapainoisesti mitoitettu henkilökunta. (Alfredsdottir – Bjorndottir 2008: 29 – 36.)

Heinosen ja Kurtin (2015) opinnäytetyössä tutkittiin Opera-järjestelmään kirjattuja elektiiivisiä ja päivystyksellisiä leikkausilmoituksia, sekä vertailtiin näiden kahden ryhmän leikkausilmoituksissa esiintyviä tietoja.

Opinnäytetyön tulosten mukaan potilaan esitiedoista nimi, henkilötunnus, sukupuoli, tulotapa, kiireellisyys, eristystarve, verivaraus ja erikoisala oli mainittu jokaisessa leikkausilmoituksessa. Elektiivisissä leikkausilmoituksissa oli kattavammin dokumentoitu potilaan esitietoja, kuin päivystyksellisissä leikkausilmoituksissa. Päivystysleikkausilmoituksissa ei ollut mainittu lainkaan potilaan allergioita tai lääkeaineyliherkkyksiä. Myös infektioherkyydestä oli vain vähän mainintoja. Ravinnotta olosta ei ollut yhtään mainintaa elektiivisissä leikkausilmoituksissa, koska suunnitelluissa leikkauksissa oletuksellisesti potilaat ovat saaneet preoperatiivisesti ohjausta olla ravinnotta ennen leikkausta. Päivystysilmoituksissa taas oli jonkin verran mainintoja ravinnottaolosta. Leikkasento oli huomioitu kummassakin ryhmässä vain noin kymmenessä prosentissa leikkausilmoituksista. Elektiivisissä leikkausilmoituksissa oli mainittu preoperatiivinen diagnoosi huomattavasti useammin kuin päivystysleikkausilmoituksissa. Tämän voi loogisesti ajatella johtuvan siitä, että elektiiviset leikkaukset tehdään yleensä preoperatiivisten selvittelyiden jälkeen ja oletuksena on jokin diagnoosi, jota lähdetään leikkauksella hoitamaan. Päivystykselliset leikkaukset taas ovat kiireellisempiä, eikä diagnostisia selvittelyjä ehditä välttämättä tekemään. (Heinonen – Kurtti 2015: 13 – 18.)

Heinosen ja Kurtin mukaan huomiota herättävää oli se, että ”Toimenpidehuomautus”-kenttään kirjattiin monia sellaisia asioita, joille olisi leikkausilmoituksessa ollut oma erillinen kohta. Esimerkiksi preoperatiivisesti annettavat antibiootit oli usein merkitty ”Toimenpidehuomautus”-kenttään, vaikka ne olisi kuulunut kirjata ”Preoperatiivinen lääkitys”-kenttään. Heinonen ja Kurtti päätyvät työnsä tuloksissa muun muassa siihen, että leikkausilmoituksiin kirjatut asiat tulisi löytyä selkeästi niille tarkoitetuista kohdista. Näin kiireellisissä ja nopeasti vaihtuvissa tilanteissa perioperatiiviset sairaanhoitajat pääsisivät helpommin suunnittelemaan ja toteuttamaan työtään, ilman aikaa vievää ja ylimääräistä tietojen etsintää. (Heinonen – Kurtti 2015:13 – 18.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata, mitä tietoja perioperatiiviset sairaanhoitajat tarvitsevat ja keräävät potilaista, sekä miten näitä tietoja hyödynnetään leikkauksen aikaisen laadukkaan ja potilasturvallisen hoidon toteuttamisen suunnittelua varten. Työmme tavoitteena on tuottaa tietoa perioperatiivisen hoitotyön suunnittelun kehittämiseksi sairaanhoitajien näkökulmasta.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitä tietoja potilaasta tarvitaan ja kerätään ennen leikkausta?
2. Miten kerättyä tietoa hyödynnetään potilaan intraoperatiivisen hoitotyön suunnittelussa?

5 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmät

5.1 Teemahaastattelu

Haastattelu on yksi käytetyimmistä tiedonkeruumenetelmistä kvalitatiivisen tutkimuksen teossa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään tyypillisesti avoimia kysymyksiä ja haastattelussa pyritään pureutumaan syvällisesti aiheeseen (Burns – Grove 2003: 376; Tuomi – Sarajärvi 2009: 71). Opinnäytetyömme tiedonkeruumenetelmänä oli teemahaastattelu, koska halusimme perehtyä sairaanhoitajien kokemuksiin ja saada mahdollisimman monipuolista tietoa tutkittavasta aiheesta. Teemahaastatteluksi kutsutaan puolistrukturoitua haastattelumenetelmää, jonka tarkoituksena on tehdä haastattelu tiettyä aihealuetta, eli teemaa koskien. Teemahaastattelu on lähempänä strukturoimattomaa kuin strukturoitua haastattelua, sillä siitä puuttuu strukturoidulle lomakehaastattelulle tyypillinen kysymysten tarkka muoto, mutta se ei ole syvähaastattelun tapaan täysin vapaa. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 75 – 77.) Teemahaastattelut etenevät yksityiskohtaisten kysymysten sijasta tiettyjen teemojen varassa ja kysymykset muokkautuvat aiemmista haastatteluista saadun tiedon pohjalta. (Hirsjärvi – Hurme 2011: 47 – 48; Burns – Grove 2003: 376.)

Teoriatietoa pohjana käyttäen kokosimme teemahaastattelurungon (liite 1), johon mietimme valmiiksi muutamia asioita, joista halusimme puhua haastateltavien kanssa. Tämä teemarunko sisälsi ne alueet, johon haastattelukysymykset kohdistuivat, sekä toimi muistilistana ja keskustelun ohjenuorana haastatteluvaiheessa (Hirsjärvi – Hurme 2011: 66 – 67). Haastatteluissa oli tilaa myös sairaanhoitajien esiin tuomien näkökulmien käsittelyyn. Näin saimme monipuolisemman ja kattavamman aineiston, kuin jos olisi pitäyditty tiukasti etukäteen suunniteltujen tarkkojen kysymysten parissa.

5.2 Aineiston keruu

Kvalitatiivisen tutkimuksen aineiston keruussa keskeistä on riittävän suuren otoksen määrittäminen, vaikka menetelmälle tyypillistä on aineiston laatu, eikä niinkään koko (Kankkunen – Vehviläinen-Juntunen 2013: 110). Tutkimukseen osallistujat voivat olla vapaaehtoisesti siihen ilmoittautuvia, tai heidät on valittu mukaan tietyn asiantuntijuuden, koulutuksen tai muun seikan johdosta. (Burns – Grove 2003: 374). Tutkimuksen tekijä suunnittelee, missä haastattelut tehdään ja miten ne tallennetaan. Haastattelutilaksi valitaan neutraali tila, jossa voidaan taata haastateltavan yksityisyys. (Grove – Burns – Gray 2013: 271.)

Teemahaastattelun luonteeseen kuuluu haastattelun tallentaminen, joka edesauttaa haastattelun sujuvaa ja katkotonta etenemistä. Näin voidaan myös taata olennaisten seikkojen säilyminen. Tallentamiselle kysytään lupa haastateltavalta. (Hirsjärvi – Hurme 2011: 92 – 93.) Tallentamisen ansiosta tutkijalla on mahdollisuus palata haastatteluaineistoon analyysin teon aikana. (Kankkunen – Vehviläinen-Juntunen 2013: 127.)

Eskolan ja Suorannan (1996) mukaan etukäteen on vaikea tietää tarkalleen, kuinka monta haastateltavaa tutkimukseen tarvitaan. Haastattelussa käydään läpi tiettyjä teemoja, ja lisää aineistoa hankitaan niin kauan, kunnes aineisto alkaa kylläntymään. Kun aineisto alkaa toistaa itseään, eli niin sanotusti saturoimaan, eivätkä haastattelut tuota enää uutta tietoa tutkimusongelmien kannalta, haastatteluja on riittävästi. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 87 mukaan.)

Haimme opinnäytetyöllemme tutkimuslupaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä. Tutkimusluvan saatuaamme lähetimme tiedotteen (liite 2) yhteistyöosastomme osastonhoitajille, sekä kävimme esittäytymässä ja kertomassa opinnäytetyöstämme. Saimme yhteistyöosastomme osastonhoitajilta luvan tehdä haastattelut sairaalan tiloissa sairaanhoitajien työajalla.

Valitsimme opinnäytetyömme haastatteluihin perioperatiivisia sairaanhoitajia, jotka työskentelevät leikkaus- tai anestesiahoitajina. Haastattelun aluksi muistutimme opinnäytetyöhön osallistumisen olevan täysin vapaaehtoista ja pyysimme haastateltavilta kirjallisen suostumuksen haastatteluun osallistumiseen. Kerroimme, että heillä on oikeus keskeyttää haastattelutilanne milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Lisäksi kerroimme nauhoittavamme haastattelut voidaksemme myöhemmin palata aineiston tie-

toihin luotettavuuden ja oikeellisuuden takaamiseksi. Haastattelut etenivät teemahaastattelurunkomme mukaisesti ja aineisto alkoi toistamaan itseään paikoittain. Tavoitteenamme oli haastatella noin 14 leikkaus- ja anestesiaosastolla työskentelevää perioperatiivista sairaanhoitajaa. Lopulta saimme haastateltavaksi kahdeksan sairaanhoitajaa, jotka työskentelivät leikkaus- tai anestesiahoitajina. Toteutimme haastattelut yksilöllisinä teemahaastatteluina, joiden kesto oli noin 15 - 20 minuuttia.

5.3 Aineiston analyysi

Havaitsimme jo haastattelutilanteissa selkeästi tiettyjä yhtäläisyyksiä haastateltavien kokemuksissa ja ajatuksiimme hahmottui tietynlainen hypoteesi opinnäytetyömme tuloksista. Purimme keräämämme aineiston välittömästi haastattelujen jälkeen, jolloin aineisto oli vielä tuoretta. Mikäli jokin osio olisi vaatinut vielä tarkennusta tai selvennystä, meidän olisi ollut helpompi tehdä se heti haastattelujen jälkeen. (Hirsjärvi – Hurme 2011: 135 – 136.)

Dokumentoimme nauhoitetun aineiston sanasta sanaan kirjalliseen muotoon. Nauhoitettujen haastattelujen puhtaaksi kirjoittaminen eli litterointi on yleisempää kuin päätelmien tekeminen suoraan tallenteista (Hirsjärvi – Hurme 2011: 138 – 142; Burns – Grove 2003: 380). Aineiston käsittely on tutkimuksen kannalta tärkeä vaihe, jonka haasteena on moniulotteisen tilanteen kääntäminen kirjoitetulle kielelle. Vaikka todellinen tutkimushaastattelutilanne ja sen pohjalta kirjoitettu teksti eivät koskaan vastaa täysin toisiaan, pyrkimyksenämme oli vastauksen olennaisen sisällön tavoittaminen. (Kylmä – Juvakka 2012: 110.)

Sisällönanalyysi voi olla induktiivista, eli aineistolähtöistä tai deduktiivista eli teorialähtöistä. (Hirsjärvi – Hurme 2011: 135 – 136.) Analysoimme saamamme aineiston induktiivisella sisällönanalyysillä, koska opinnäytetyömme tavoitteena oli tuottaa tietoa haastatteluaineiston perusteella perioperatiivisen hoitotyön suunnittelun kehittämiseksi. Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä analyysissä kerätystä tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus. Aikaisemmilla teorioilla tai tiedoilla ei tulisi olla yhteyttä analyysin toteuttamiseen tai lopputulokseen, sillä analyysin oletetaan olevan aineistolähtöistä. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 95.)

Milesin ja Hubermanin (1994) mukaan induktiivista aineiston analyysia voidaan karkeasti kuvata kolmevaiheiseksi prosessiksi, johon kuuluu aineiston pelkistäminen eli

reduointi, aineiston ryhmittely eli klusterointi ja teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi. Aloitimme analysoinnin lukemalla aineistoa ja määrittämällä analyysiyksiköitä, jotka olivat usein toistuvia yksittäisiä sanoja, lauseita ja ajatuskokonaisuuksia. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108 – 110 mukaan.) Pelkistämisvaiheessa haastatteluaineisto muutettiin yksinkertaisempaan muotoon, eli pelkistettiin karsimalla aineistosta kaikki tutkimukselle epäolennainen. Informaatiota tiivistettiin, pilkottiin osiin ja koodattiin tekstistä ilmaisuja, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin.

Aineiston ryhmittelyllä tarkoitetaan koodattujen alkuperäisilmausujen huolellista läpikäymistä. Samankaltaiset ilmaukset ryhmiteltiin ja yhdisteltiin luokitteluyksiköihin, jotka olivat erilaisia tutkittavan ilmiön piirteitä ja käsitteitä. Luokittelun tuloksena aineisto tiivistyi ja tutkimuksen perusrakenteelle syntyi pohja. Seuraavassa vaiheessa muodostettiin teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä valikoitujen tietojen perusteella. Luokitteluyksiköitä yhdisteltiin niin pitkälle, kuin se oli aineiston sisällön kannalta mahdollista ja näin saatiin tutkimustehtävään vastaus. Tuloksissa kuvataan muodostettuja käsitteitä ja pohdinnassa pyritään ymmärtämään tutkittavia heidän omasta näkökulmastaan. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108 – 113.)

6 Tulokset

6.1 Esitietojen kerääminen

Tulosten mukaan sairaanhoitajat keräävät esitietoja perioperatiivisen hoitotyön suunnittelua varten potilastietojärjestelmistä, leikkaavalta kirurgilta, anestesia lääkäritä, potilaan hoitajalta ja potilaalta itseltään.

Haastateltavien mukaan perioperatiiviset sairaanhoitajat aloittavat tiedonkeruun potilastietojärjestelmistä. He avaavat Opera-järjestelmän, josta toimenpideilmoitukset löytyvät. Toimenpideilmoituksesta tulisi käydä ilmi, minkälaista toimenpidettä potilaalle on suunniteltu, leikkausasento, kuka toimii kirurgina, sekä potilaan perustiedot. Sieltä tulisi löytyä myös kirurgin erityistoiveet, mutta sairaanhoitajien kokemusten mukaan toimenpideilmoitukset täytetään vaihtelevasti.

Haastateltavien mukaan Miranda-järjestelmästä löytyy tarkemmin potilaan taustatietoja eri sivujen, kuten kirurgian, sisätautien ja röntgentietojen kautta. Sairaanhoitajat selvittävät potilaan iän, sukupuolen, pituuden, painon, perussairaudet, lääkityksen, aiemmat toimenpiteet, mahdolliset proteesit, tahdistimet ja muut vierasmateriaalit, sekä riskitiedot, allergiat ja laboratorionäytteet. Lisäksi he tarkistavat ristikokeen voimassaolon, verivarauksen, sekä onko potilas saanut antibiootteja ja ollut ravinnotta ohjeiden mukaisesti.

“sukupuoli, ikä, pituus, paino, aikasemmat leikkaukset, suunniteltu leikkaus. Ja sitte että mistä potilas tulee, tuleeko kotoa, teho-osastolta, päivystyspoliklinikalta”

“ravinnottaolo, labrat, diagnoosi, toimenpide, mitä tehdään, kuka leikkaa, anestesialääkäri ja onko tilat ja kaikki tällanen., onko metallia, mitä aikasempia leikkauksia”

Sairaanhoitajat kuvasivat toimenpideilmoituksen olevan usein hyvin puutteellinen, minä vuoksi he joutuvat soittamaan leikkaavalle kirurgille saadakseen tarvittavat tiedot leikkaussalin valmisteluja varten.

“se (toimenpideilmoitus) on välillä hyvin täytetty ja välillä huonommin”

Sairaanhoitajien kokemusten mukaan päivystyspotilaista saadaan melko vähän tietoa ja on mahdollista, että potilas tulee täysin tuntemattomana leikkaussaliin. Toisaalta päivystyspoliklinikalta tulevasta potilaasta on saatettu kirjoittaa tiivistelmä, josta tiedot löytyvät kätevästi samasta tekstistä.

“Päivystyspotilaat on ihan asia erikseen, että niistä on hirveen vähän tietoa ja jos on tällainen hätäleikkaus, että tulee suoraan saliin, niin voi tulla ihan täysin tuntemattomanakin.”

“päikkäpolin kautta tullu sairaalaan ni joku lääkäri on jossain vaiheessa siitä kirjoittanu sellasen tiivistelmän”

lääkäiden potilaiden hyvin vanhat operaatiot eivät välttämättä näy potilastietojärjestelmässä, eikä niistä ole paperisia dokumentteja. Yksi haastateltava kuvasi sairaanhoitajien toisinaan tutkivan potilaan ihoa arprien varalta, jotta voitaisiin löytää tai sulkea pois proteesien mahdollisuus.

Haasteellisiksi koettiin eri sairaanhoitopiireistä tulevat potilaat, joiden tiedot ovat eri potilastietojärjestelmissä. Näitä tietoja ei päästä lukemaan.

6.2 Esitietojen hyödyntäminen

Haastateltavien mukaan esitietoja tarvitaan leikkausvalmisteluissa. Potilaalta kysellään usein tietoja leikkaussaliin tullessa, kuten henkilötiedot, jolloin hoitajalla on hyvä olla käsitys potilaan aistien toimivuudesta ja orientaatiosta. Tieto pituudesta ja painosta tarvitaan anestesiakoneeseen, ravinnotta olo tarkistetaan aspiraatoriskin vuoksi, sekä verivaraus ja ristikokeen voimassaolo varmistetaan ohjeistusten mukaisesti.

”onks vuototaipumusta, sydänsairauksia, pitäääks laittaa ulkoset lätkät ennen toimenpidettä, että missä kunnossa se sydän on”

”antikoagulaatiohoito täytyy tietää, koska jos potilas alkaa vuotamaan ni sit ollaan liemessä”

Perussairauksien ja lääkitysten perusteella varaudutaan erilaisiin tilanteisiin leikkausvalmisteluissa. Sydänsairaiden potilaiden kohdalla mietitään ennalta defibrillaattorin tarvetta ja liimataan tarvittaessa elektrodit rintakehälle valmiiksi elvytystilanteiden varalle. Laboratoriotuloksista tarkistetaan elektrolyytit, sillä niillä on yhteys rytmihäiriöihin ja erityisesti verenohennuslääkkeitä käyttävän potilaan hyytymistekijöitä on seurattava vuotomahdollisuuden vuoksi. Veren hyytymisongelmia voidaan tarvittaessa hoitaa vielä leikkaussalissa, jos siihen ei ole aikaisemmin ollut mahdollisuutta. Hengitysteihin liittyvät tekijät ja tupakointi vaikuttavat hengityskonehoitoon. Erään sairaanhoitajan kokemusten mukaan keuhkohtaumatautia sairastavilta potilailta otetaan valtimoverikaasuanalyysi normaalia useammin ja heidän happiosapaineensa tavoite määritetään tapauskohtaisesti.

”jos on vaikka COPD potilas ni niillä lääkäri voi haluta useemmin astrupin (valtimoverikaasuanalyysin), ku niitä ei saa hapettaa liikaa”

”useella meen potilaalla jätetään verenpainelääkkeet antamatta, niin salissaoloaikana se vetää sellasta ylös-alas-ylös-alas”

Tulosten mukaan esitietoja hyödynnetään lääkkeiden valinnassa ja lääkevalmiudessa. Verenpainetautia sairastavan potilaan verenpaineen vaihtelee usein huomattavasti leikkauksen aikana ja vahvoja kipulääkkeitä tai päihteitä käyttävät potilaat tarvitsevat yleensä keskimääräistä enemmän lääkkeitä. Jos potilaalla tiedetään olleen pahoinvointia aiempien leikkausten jälkeen, hänelle voidaan antaa pahoinvointilääkettä jo toimenpiteen loppuvaiheilla ennaltaehkäisevästi. Sairaanhoitajien kokemusten mukaan allergioiden, yliherkkyyksien tai pahoinvoinnin perusteella voidaan myös vaihtaa anestesialääkkeitä tai jopa anestesiaa. Potilaan allergiat saattavat vaikuttaa paitsi lää-

kevalintoihin, myös materiaalivalintoihin. Esimerkiksi lateksiallergia huomioidaan leikkaussalin ja hoitohenkilökunnan valmistelussa.

Potilaalle tehty aiemmat toimenpiteet selvitetään, koska ne saattavat vaikuttaa leikkauksen kulkuun. Sairaanhoidajien kokemusten mukaan samalle alueelle tehty aikaisemmat leikkaukset ovat saattaneet aiheuttaa arpikudoksen tai kiinnikkeiden kasvua. Tällöin varaudutaan poikkeuksellisiin tilanteisiin varaamalla saliin monipuolisemmin instrumentteja. Sairaanhoidajien on tärkeää saada tieto potilaan kehon vierasesineistä, kuten tahdistimesta, sillä ne vaikuttavat leikkauksissa käytettävien diatermialaitteiden käyttöön ja defibrillaattorin elektrodien sijoitteluun.

Tulosten mukaan perioperatiivisten sairaanhoidajien työskentelyn kannalta tärkeimpiä asioita ovat tieto toimenpiteen luonteesta, eli onko kyseessä tähytys- vai avoleikkaus ja mikä on leikkausasento ja -alue. Toimenpideilmoituksen perusteella hoitajat valitsevat tarvittavat instrumentit ja välineet leikkausta varten. He kuvasivat hakevansa instrumenttikorin, jonka valinnassa on tiedettävä tarkkaan, minkälainen operaatio on kyseessä. Eri leikkauksiin suunniteltujen instrumenttikorien lisäksi kirurgilta saatujen erityistarpeiden ja pyyntöjen avulla hoitajat varaavat erilaisia erityisinstrumentteja leikkaussaliin. Leikkaussalissa on oltava kaikki tarvittavat välineet, ettei leikkauksen aikana tule viivästyksiä.

“ennen kun se potilas on siellä salissa, me pyritään tekemään kaikki mahdollinen ja keräämään kaikki mahdollinen sinne saliin, niin ne ois siinä käden ulottuvilla sitten kun se tilanne on päällä”

“Kaikki tavarat, tarvikkeet, langat ja kaikki on varattu valmiiksi, että pystytään tekemään se niin, että iskemia-aika jää mahdollisimman lyhyeksi.”

Tieto leikkausasennosta kuvattiin hyvin oleelliseksi. Leikkausasento vaikuttaa myös instrumenttien valintaan ja asennonlaittelutelineiden tarpeeseen. Välineet ja telineet noudetaan leikkaussaliin, jolloin potilaan saapuessa hänet voidaan asetella halutulla tavalla ja muut valmistelut aloitetaan välittömästi. Leikkausalueen pesussa ja peittelyssä huomioidaan kirurgilta saadut tiedot. Sairaanhoidajat huolehtivat esimerkiksi tietyn raajan esille jäämisestä ja valmistelusta kirurgille.

“Asento vaikuttaa hirveesti siihen, että mitä kerätään, kun jos on selkäasennossa niinku laparotomia niin on eri instrumenttikontti kun jos on gynen asennossa niin sitte otetaan eri instrumenttikontti. Ne vaikuttaa aika paljon kanssa peittelyihin ja kaikkeen mitä me kerätään.”

”jos leikataan vaikka keuhkoo ni ois kiva jos siellä ois esim ne asennonlaittoteli-neet siellä salissa valmiina, ettei niitä sit lähetä hakemaan kun potilas on tullu. Ja sit jos otetaan radialista ni niitä käsiä ei anneta anestesialääkärille kanyyleja var-ten.”

Sairaanhoitajien kokemusten mukaan potilaan esitietojen avulla voidaan varautua yllät-täviin tilanteisiin. Kokemusten mukaan esimerkiksi nuoret miehet ja päihteiden käyttäjät saattavat herätä anestesiasta hyvin rajusti nousten istumaan leikkauspöydällä. Tällai-seen voidaan varautua laittamalla potilaalle turvavyöt leikkauksen ajaksi, jolloin vältty-tään vaaratilanteilta.

6.3 Sairaanhoitajien kokemuksia

Sairaanhoitajien kokemusten mukaan potilaan taustatiedot löytyvät eri järjestelmistä ja eri järjestelmien useista eri tiedostoista. Eräs haastateltava kuvaili tietojen etsimisen olevan ”salapoliisityötä”, johon tarvitaan hyviä ATK-taitoja. Erään haastateltavan mu-kaan potilaista löytyy hyvinkin tietoa, mutta suunnitellusta toimenpiteestä ei. Sairaan-hoitajat kokivat tietojen olevan hyvin hajautetusti eri paikoissa. Lähes kaikki haastatel-tavat nimesivät ongelmakohdaksi puutteellisesti täytetyn toimenpideilmoituksen. Sai-raanhoitajien kokemusten mukaan toimenpideilmoituksen perusteella ei voida välttä-mättä aloittaa leikkaushoidon valmisteluja, vaan heidän on soitettava kirurgille saadak-seen tarvittavat tiedot.

”Meillähän on se Opera, mihin kirurgi laittaa toimenpideilmoituksen ja se on välillä hyvin puutteellinen. Aika useesti joudutaan soittelee moneen paikkaan. Soittaa kirurgille, anestesialääkärille, selvittelee monia asioita esimerkiksi asennosta läh-tien ja onko potilas ollut ravinnotta. Se vie aika paljon aikaa kaiken kaikkiaan.”

”kyl ne joutuu (esitiedot) monista eri järjestelmistä kaivamaan, ja todellakin kai-vamaan”

”heti ku me tullaa kello kaheksan töihin ni me voitais nähdä että nämä näin ja nämä ja nämä me haetaan että se on sellasta turhaa soittamista ja turhaa kyse-lyy”

Sairaanhoitajien kokemusten mukaan eri osastoilta saapuvista potilaista ei välttämättä saada kunnollista raporttia. Toisinaan päivystyspoliklinikan hoitaja tuo potilaan leik-kausosastolle, mutta ei ole ehtinyt tutustua potilaan taustoihin, eikä näin ollen voi antaa raporttia. Elektiiviset potilaat saattavat saapua leikkausosastolle potilaskuljettajan tuo-mana, jolloin heistä ei saada suullista raporttia lainkaan. Tämä koettiin potilasturvalli-suutta vaarantava tekijänä.

”välillä sellasta että päivystyspotilas tulee päivystyspoliklinikalta ja sanotaan että en mä tiedä oli just vuoronvaihto että mä vaan tulín tuomaan tän potilaan että en mä tiedä tästä mitään”

”aamun ekat potilaat tuo niinku potilaskuljettajat et sillonhan ei saa mitään raporttia”

Haastateltavien mukaan raporttien vaillinaisuus ja toisinaan epäselvät riskitietokirjaukset aiheuttavat ikäviä tilanteita. Joskus leikkaustiimille on voinut selvitä eristyksen tarve potilaan ollessa jo leikkaussalissa, jolloin valmistelut on jouduttu aloittamaan alusta, eikä hoitohenkilökunta ole tiennyt suojautua.

”Päivystys ei ilmota, osasto ei välttämättä ilmota. Sitten avaat potilaan hoitokertomuksen ja hän onki joku kantaja ja siinä vaiheessa kun ollaan jo koskettu potilasta”

”Kyllähän niitä tulee, et potilas tulee saliin ja sä et tiedä potilaasta yhtään mitään. Jos on leikkaus, joka vaatii paljon valmisteluita, niin ei kukaan ehdi lukee kun on hirveen lyhyt aika valmistella se sali”

Haastateltavien mukaan kattavammat toimenpideilmoitukset ja raportit helpottaisivat heidän työtään, sillä leikkaussalin valmistelu vie jo paljon aikaa. Eräs haastateltava kuvasi välillä kuuntelevansa raporttia potilaasta ja samalla tekevänsä valmisteluja leikkaussalissa kiireisen aikataulun vuoksi. Hänen mukaansa tällöin on riskinä, että jotakin jää kuulematta, jos raporttiin ei voi keskittyä kunnolla. Haastateltavat haluaisivat tutustua paremmin potilaiden tietoihin ennen kuin heidät otetaan leikkaussaliin.

7 Luotettavuus

7.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuus edellyttää tutkimuksen ja tutkimustulosten uskottavuutta, sekä tulosten kuvaamista niin selkeästi, että lukija ymmärtää tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Vahvistettavuudella tarkoitetaan koko tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen henkilö pystyy seuraamaan prosessin kulkua. Refleksiivisyys edellyttää tutkijalta omien lähtökohtiensa tuntemusta ja vaikutusta tutkimusprosessissa.

Siirrettävyys viittaa tutkimustulosten siirrettävyyttä vastaaviin tilanteisiin. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 198 ; Kylmä – Juvakka 2012: 128 – 129.)

Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi kohdentuu muun muassa tutkimuksen tarkoitukseen, asetelmaan, otoksen valintaan, analyysiin ja tulkinnaan. Opinnäytetyömme alkuvaiheessa perehdyimme aiheen teorian tietoon ja määritimme selkeästi tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteen. Muotoilimme kaksi selkeää tutkimuskysymystä, joihin vastaamalla pääsisimme tavoitteeseemme. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 202 – 205) Keräsimme aineiston teemahaastatteluilla, sillä se sopii menetelmänä uusien näkökulmien löytämiseen. Luotettavan otoksen saamiseksi tavoittelimme 14 perioperatiivisen sairaanhoitajan haastattelua, mutta saimme aineistoksi kahdeksan haastattelua. Aineiston rajallinen määrä saattaa vaikuttaa opinnäytetyömme luotettavuuteen. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 202 – 205)

Analysoimme kerätyn aineiston induktiivisella sisällönanalyysillä, koska se palveli opinnäytetyömme tarkoitusta tuottaen uutta tietoa aineistolähtöisesti. Kuvasimme aineiston luokittelua ja liitimme taulukon (liite 3) työmme luotettavuuden lisäämiseksi. Lisäsimme tulosten luotettavuutta esittämällä suoria lainauksia haastatteluteksteistä tulosten kuvailun lisäksi. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 203.)

7.2 Opinnäytetyön eettiset kysymykset

Eettiset kysymykset ovat iso osa tutkimuksen tekemistä. Jos eettisyyttä ei ole otettu huomioon tarpeeksi hyvin, se voi viedä pohjan koko tutkimukselta. (Kylmä – Juvakka 2007: 137.) Tutkimuksen eettiset kysymykset on otettava huomioon alusta loppuun asti. Tutkimusetiikan pohdinta alkaa aiheen valinnasta, sekä jatkuu tutkimusraportin kirjoittamiseen ja aineiston hävittämiseen asti. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 227.)

Suomessa hoitotieteellisen tutkimuksen eettisyyttä turvaa kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus, Helsingin julistus (1964), sekä muu kansallinen lainsäädäntö. Helsingin julistus on alun perin julkaistu lääketieteellisen tutkimuksen tarpeisiin, mutta se sopii myös hoitotieteellisen tutkimuksen eettisyyden ohjenuoraksi. Julistuksessa painotetaan tutkittavien hyvinvoinnin ja terveyden olevan aina tärkeämpi kuin tieteen ja yhteiskunnan etu, sekä yksilön kunnioittamista ja haavoittuvien ryhmien, kuten lasten ja sellaisten henkilöiden, jotka eivät voi itse päättää suostumuksestaan, erityistä suojele-

mista. Julistuksessa ohjeistetaan kertomaan tutkittaville mahdollisimman tarkkaan tutkimuksesta, sekä painotetaan tutkittavien oikeutta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen milloin tahansa ilman seuraamuksia. Tutkija on myös velvollinen varmistamaan, että tutkittavat ymmärtävät saamansa tiedon. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 212 – 214.)

American Nurses Association julkaisi vuonna 1995 eettisen ohjeistuksen hoitotieteellisen tutkimuksen tekoon. Ohjeistuksessa painotetaan tutkittavien tietoista ja vapaaehtoista osallistumista tutkimukseen ja heidän yksityisyytensä varjelemista. Usein kvalitatiivisissa tutkimuksissa hyödynnetään haastattelujen alkuperäisilmauksia mahdollisimman tarkkojen tulosten saamiseksi. Eettisyyden varmistamisen kannalta on kuitenkin mietittävä, tulisiko esimerkiksi murrekieliset ilmaukset käänntää yleiskielelle tunnistettavuuden välttämiseksi. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 221.) Opinnäytetyön tekijöinä takasimme tutkittaville anonymiteetin ja käsittelimme tietoja luottamuksellisesti koko tutkimusprosessin ajan. Varmistimme reilun ja tasa-arvoisen kohtelun, sekä huolehdimme, ettei tutkittaville koidu haittaa tutkimukseen osallistumisesta. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 217 – 218.) Kerroimme haastateltaville, minkälaisesta tutkimuksesta on kysymys. Heidän tuli olla tietoisia tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteista, menettelytavoista, sekä mihin tutkimustietoa aiotaan käyttää. (Kylmä – Juvakka 2007: 149.) Haastateltavat saivat päättää osallistumisestaan vapaaehtoisesti, ja annoimme heille luvan keskeyttää haastattelun missä vaiheessa tahansa ilman seuraamuksia. (Burns – Grove 2003: 166 – 167 mukaan.) Pyysimme haastateltavia allekirjoittamaan kirjallisen suostumuksen (liite 4).

Vuonna 1991 perustettu Tutkimuseettinen neuvottelukunta edistää tutkimusetiikkaa ja käsittelee tutkimuseettisiä kysymyksiä. Se on myös hyväksynyt korkeakoulujen yleisesti käyttämät tieteellisen tutkimuksen ohjeet. Myös Terveystieteiden neuvottelukunta ohjaa suomalaista tutkimusetiikkaa. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 216 - 217.) Opinnäytetyötä tehdessämme seurasimme hoitotieteellisen tutkimuksen eettisiä ohjeistuksia. Haimme tutkimuslupaa HUS:ltä ja lähetimme yhteistyöosastolle tiedotteen (liite 2), jossa kerroimme opinnäytetyömme aiheesta ja tavoitteesta, jotta haastateltavilla oli riittävästi tietoa tehdä päätös halukkuudestaan osallistua. Kerroimme nauhoittavamme haastattelut ja käsittelevämme nauhoituksia luottamuksellisesti, sekä hävittävämme aineiston työn valmistuttua. Opinnäytetyön julkaistavassa versiossa lupasimme säilyttää anonymiteetin ja varmistimme, etteivät haastateltavat ole tunnistettavissa. Allekirjoitimme HUS:n vaitiolositoumuksen, jossa lupasimme pitää salassa

opinnäytetyötä tehdessä tietoomme tulleet asiat. Tämä sitoumus on voimassa myös opinnäytetyöprosessin päätyttyä.

8 Pohdinta

Aloitimme opinnäytetyömme kirjoittamisen keväällä 2015. Etsimme aikaisempia tutkimuksia aiheestamme ja kokosimme teoriapohjaa työllemme. Keräsimme eri tutkimuksista ja kirjoista tietoa leikkaukseen menevän potilaan terveydentilan kartoituksesta ja selvitimme mitä esitietoja hänestä halutaan saada, sekä kuinka näitä tietoja hyödynnetään. Päätimme hyvin aikaisessa vaiheessa käyttää teemahaastattelua aineistonkeruun menetelmänä, sekä toteuttaa haastattelut yksilöhaastatteluina. Haastattelut etenivät sujuvasti ja olimme tyytyväisiä kahdeksaan osallistujaan, vaikka tavoitteemme olikin suurempi otos. Haastateltavat nostivat esille hyvin samanlaisia aiheita ja vastaukset olivat suurimmaksi osaksi hyvin yhteneväisiä.

Tuloksissa haastateltavat nostivat selkeästi esille puutteelliset toimenpideilmoitukset, esitietojen ”kaivamisen” eri lähteistä, suullisten raporttien vähyyden ja nopean työtahdin. Haastateltavat mainitsivat lähes poikkeuksetta toimenpideilmoituksen puutteellisuudesta, mikä vaikuttaa suuresti heidän työhönsä. He toivat esille samanlaisia huomioita, joista Braaf ym. kirjoittivat tutkimuksessaan (2011), jossa todettiin kirurgien toimenpidekirjausten, sekä anestesia- ja perianestesiahoitajien kirjauksissa olevan puutteita muun muassa laadussa ja tarkkuudessa aiheuttaen virheiden mahdollisuutta perioperatiivisen hoitopolun aikana. Tutkimuksen mukaan dokumentoinnista aiheutuvat kommunikaatiovirheet johtavat tehottomuuteen, viivästymisiin ja lisäävät työmäärää, sekä saattavat aiheuttaa vakavia haittatapahtumia potilaalle.

Puutteellisten kirjausten tai raporttien vuoksi voi vaarantua paitsi potilasturvallisuus myös hoitohenkilökunnan työturvallisuus. Raportilla mainitsematta jääneet tai kiireessä lukiessa silmien ohi menneet riskitiedot, kuten eristykset saattavat aiheuttaa vaaratilanteita myös leikkaustiimille. Hoitajat mainitsivat joskus sattuneen ikäviä tilanteita, kun tieto potilaan kosketuseristyksestä oli jäänyt huomioimatta. Tieto potilaan tuberkuloosista oli paljastunut vasta leikkauksessa, kun häneen oltiin jo kosketettu.

Useat hoitajat mainitsivat haastatteluissa osaston nopeasta työtahdistaan, mutta he eivät maininneet sitä itsessään ongelmana. Eräskin sairaanhoitaja muotoili tiettyjen asioiden

tuovan ”kiireen tuntua”, eli ei ehkä itsessään niin todellista kiirettä. Ongelmaksi nähtiin ajan tuhlaaminen tietojen ”kaivamiseen”, sekä liian lyhyt aika tutustua potilaaseen. Näihin vedottiin myös potilasturvallisuutta vaarantavana tekijänä.

Haastatteluissa tuotiin hyvin esille parannusehdotuksia, joista hyötyisivät kaikki. Toimenpideilmoituksen huolellisemmalla kirjauksella hoitajat pääsisivät nopeammin työn touhuun, eikä aikaa kuluisi puhelimesta puhumiseen – niin kirurgilta kuin hoitajalta-kaan. Laadukkaat ja kattavat raportit puolestaan takaavat tarvittavat tiedot potilaasta, jolloin perioperatiivisten hoitajien tiedon etsimiseen käyttämä aika vähenee.

Haastatteluissa todettiin elektiivisen ja päivystyspotilaan hoidon suunnittelun olevan täysin kaksi eri asiaa. Päivystyspotilaiden kohdalla pidettiin itsestään selvyytenä, ettei esitietoja ollut välttämättä lainkaan. Päivystyspotilaiden kohdalla myös kiire nähtiin täysin ymmärrettävänä.

Opinnäytetyömme tutkimuksen ja tulosten perusteella ehdotamme, että leikkaus- ja anestesiaosastoilla kiinnitetään tulevaisuudessa enemmän huomioita toimenpideilmoitusten täyttämiseen. Tämän avulla perioperatiiviset sairaanhoitajat saavat tarvitsemansa tiedot vaivattomammin ja näin ollen pystyvät työskentelemään tehokkaammin. Ehdotamme myös kiinnittämään huomiota raportointiin potilasturvallisuutta edistävänä tekijänä.

Jatkotutkimusehdotuksemme on leikkaus- ja anestesiahoitajien näkemysten vertailu esitietojen keräämisestä perioperatiivisen hoitotyön suunnittelua varten. Olisi mielenkiintoista myös vertailla elektiivisen ja päivystyspotilaan perioperatiivisen hoidon suunnittelua ja toteutumista.

Lähteet

Alfredsdottir, Herdis – Björndottir, Kristin 2008. Nursing and patient safety in the operating room. *The journal of Advanced Nursing* 61 (1).

Allison, Jan – George, Michelle 2014. Using Preoperative Assessment and Patient Instruction to improve patient safety. *AORN Journal* 99 (3).

Beck, A 2007. Nurse-led pre-operative assessment for elective surgical patients. *Nursing Standard* 21 (51).

Braaf, Sandra – Manias, Elizabeth – Riley, Rodin 2011. The role of documents and documentation in communication failure across the perioperative pathway. *International Journal of Nursing Studies* 48 (8).

Bray, Andrea 2006. Preoperative Nursing Assessment of the Surgical Patient. *Nursing Clinics of North America* 41.

Burns, Nancy – Grove, Susan K. 2003. *Understanding Nursing Research*. W.B. Saunders Company.

Ervast, Minna 2013. ISBAR, suullisen raportoinnin potilasturvallisuustyökalu. Verkkodokumentti. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04806&p_haku=ISBAR> Luettu 9.3.2016.

Gaikwad, Manasi. 2013. Pre-operative care : Management. The Joanna Briggs Institute.

Gillespie, Mary Brigid – Hamlin, Lois 2009. A Synthesis of the Literature on "competence" as it applies to perioperative nursing. *AORN* 9 (2).

Heinonen, Helena – Kurtti, Mona 2015. Operaan kirjatut esitiedot perioperatiivisen hoitotyön suunnittelun perustana. Verkkodokumentti. <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/99881/Heinonen_Helena%20Kurtti_Mona.pdf?sequence=1> Luettu 7.3.2016.

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2011. *Tutkimushaastattelu*. Tallinna: Raamatutrükikoda.

Howell, Raema A. 2015. Celebrating colleagues and their efforts to maintain a culture of safety. *AORN Journal* 102 (2).

HUS:n tunnuslukuja 2015. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/hus-tietoa/husn-tunnuslukuja/Sivut/default.aspx>> Luettu 18.3.2015.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Käypä hoito 2014. Leikkausta edeltävä arviointi. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=521313FAB312791BF39D12D60CDAAC46?id=hoi50066>> Luettu 9.3.2016.

Kelvered, Monica – Öhlén, Joakim – Åkesdotter Gustafsson, Birgitta 2012. Operating theatre nurses' experience of patient-related intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2012. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy

Larsson Mauléon, Annika – Ekman, Sirkka-Liisa 2012. Difficulties in intraoperative care. *Journal of perioperative practice* 22 (10).

Lukkari, Liisa — Kinnunen, Timo – Korte, Ritva 2013. *Perioperatiivinen hoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Nasreen, Jahan 2013. *Perioperative Settings: Nursing Staff and Patient Safety*. The Joanna Briggs Institute.

Pre-Operative Nursing Care 2013. *Recommended Practice*. The Joanna Briggs Institute.

Pritchard, Michael John 2012. Pre-operative assessment of elective surgical patients. *Nursing Standard* 26 (30).

Rantalainen, Terhi 2009. Hoitotyön kirjaamisen lähtökohdat. Verkkodokumentti. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00284&p_haku=hoitoty%C3%B6n%20kirjaamisen%20l%C3%A4ht%C3%B6kohdat> Luettu 7.3.2016.

Robins, Holly-May – Dai, Feng 2015. Handoffs in the postoperative anesthesia care unit: use of a checklist for transfer of care. *AANA Journal* August 83 (4).

Sairaanhoitajaliitto 2014. Potilasturvallisuus. Verkkodokumentti. <<https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/potilasturvallisuus/>> Luettu 9.3.2016.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. *Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013*. Verkkodokumentti. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111806/potilasturvallisuus_julkaisu_2009_3_verkko_UP.pdf?sequence=1> Luettu 20.10.2015.

Tengvall, Erja 2010. *Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys*. Kuopio: Kopijyvä Oy.

Terveysturvalaki 1326/2010 § 8. Finlex. Verkkodokumentti. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P8>> Luettu 20.10.2015.

THL 2012. Potilasvakuutuskeskus tiedottaa. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/documents/584227/1449683/Potilasvakuutuskeskus.pdf/27e5f31d-4af9-4ac1-8721-a142011e3134>> Luettu 20.10.2015.

THL 2013. Hoitojaksot, -päivät ja avohoitokäynnit sekä potilaat erikoisaloittain 2013. *Tilastoraportti* 01/2015.

THL 2015. Leikkaustiimin tarkistuslista. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/tutkimus-ja>>

kehittaminen/tyokalut/vaaratapahtuman-tunnistaminen/leikkaustiimin-tarkistuslista>
Luettu 20.10.2015.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Hansaprint Oy.

Valvira 2011. Valvira kannustaa käyttämään leikkaussalien tarkistuslistaa. Verkkodokumentti. <<https://www.valvira.fi/-/valvira-kannustaa-kayttamaan-leikkaussalien-tarkistuslistaa-check-list->> Luettu 20.10.2015.

Teemahaastattelurunko

Mitä tietoja potilaasta kerätään ennen leikkausta?

-mitä tietoja/tutkimuksia?

-onko jotain, mitä vielä lisäksi pitäisi selvittää?

Miten kerättyä tietoa hyödynnetään potilaan hoitotyön suunnittelussa?

- mitä tietoja hyödynnetään eniten?

- missä tietoja hyödynnetään?

-miten

tietoja

hyödynnetään?

Tiedote

Arvoisa sairaanhoitaja,

olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Metropolia Ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä yhteistyössä HUS:in ATeK:n leikkaus- ja anestesiaosaston kanssa. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien näkemyksiä siitä, mitä tietoja he keräävät potilaasta suunnitellessaan perioperatiivista hoitotyötä, sekä miten tietoja hyödynnetään. Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää perioperatiivisen hoitotyön suunnittelua.

Käytämme aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelua. Haastattelut toteutetaan tammikuussa 2016 sairaalan tiloissa. Haastattelu vie noin 20–40 minuuttia työajastanne. Nauhoitamme haastattelut ääninauhurilla tutkimuksen luotettavuuden takaamiseksi. Haastattelun sisältöä käsitellään luottamuksellisesti ja sitä säilytetään asianmukaisesti. Nauhoitukset hävitetään opinnäytetyömme valmistuttua.

Osallistuminen haastatteluun on täysin vapaaehtoista ja Teillä on oikeus keskeyttää haastattelu niin halutessanne.

Mikäli Teillä on kysymyksiä tutkimukseen liittyen, vastaamme niihin mielellämme.

Ystävällisin terveisin,

Anette Brennemann ja Essi Kultalahti

anette.brennemann@metropolia.fi / essi.kultalahti@metropolia.fi

Opera	potilastietojärjestelmät	esitiedot
Miranda		
Kirurgi, anestesia­lääkäri, hoitaja	Hoitohenkilökunta	
potilas		
vitaalit	terveydentila	
perussairaudet		
lääkitys		
diagnoosi		
toimenpide		
Paasto		
Tahdistin, proteesit, metallit		
Aikaisemmat toimenpiteet		
Tekoläppä/biologinen läppä	instrumentit	Intraoperatiivisen hoidon suunnittelu
sovitin	leikkausasennon suunnittelu	

kanyylit	Leikkausalueen valmis- telu	
käsitelineet		
leikkausasento		
verisuonipihdit		
Pesualue		
Ei kirjauksia	leikkausilmoituksen tie- tojen puutteellisuus	Tiedonkulun on- gelmakohdat
Puhelinsoitto kirurgil- le/anelääkärille	Raporttien puutteelli- suus	
Ei raporttia	Kiire	
Potilaskuljettaja tuo poti- laan	Tietojen hajanaisuus	
Kova työtahti		
Tiedot monessa eri pai- kassa		

Suostumus opinnäytetyöhön

Minua on pyydetty osallistumaan Perioperatiivisten sairaanhoitajien keräämät esitiedot potilaan hoitotyön suunnittelun perustana -opinnäytetyönä suoritettavaan tutkimukseen.

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt opinnäytetyöstä kertovan tiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen opinnäytetyöstä ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tiedotteen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin opinnäytetyötä koskeviin kysymyksiini. Tiedot antoi _____ ,
____/____/ 20____ . Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani.

Kaikki minusta opinnäytetyön aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisina. Opinnäytetyön tulokset raportoidaan niin, ettei henkilöllisyyteni tule ilmi missään vaiheessa. Aineisto hävitetään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Ymmärrän, että osallistumiseni on täysin vapaaehtoista. Minulla on oikeus milloin tahansa ja syytä ilmoittamatta keskeyttää osallistuminen ilman seurauksia. Olen tietoinen siitä, että minusta keskeyttämiseen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni ja suostun vapaaehtoisesti tutkimushenkilöksi.

Allekirjoitus

Päiväys

Nimen selvennys

Syntymäaika

Osoite

Suostumus vastaanotettu

Opinnäytetyön tekijän / tekijöiden allekirjoitus

Päiväys

Nimen / nimien selvennys

Täytetään kahtena kappaleena. Toinen jää opinnäytetyön tekijöille ja toinen annetaan tutkimushenkilölle. Opinnäytetyön tekijät hävittävät oman kappaleensa opinnäytetyön valmistuttu